

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior de Altos Estudos

Intervenção psicoterapêutica na perturbação da adição: Mudança nos  
processos de regulação emocional e na sintomatologia  
psicopatológica

Carla Isabel dos Santos Bizarro

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica,  
Ramo Terapias Cognitivo-Comportamentais

Orientadora: Professora Doutora Marina Cunha

Coimbra, outubro de 2015

## **Agradecimentos**

Esta folha não podia ficar em branco, porque foram muitas as pessoas que me ajudaram a chegar até aqui...

### **Agradeço**

À Professora Doutora Marina Cunha que, sábia e pacientemente, soube lidar com as dificuldades que envolveram a elaboração deste trabalho. Pela transmissão de tranquilidade, de conhecimentos e pela dedicação.

Aos meus pais, Maria de Lourdes e José Luís, pelo apoio, compreensão, por me ajudarem a concretizar este projeto, por estarem ao meu lado em todos os momentos em que mais precisei e por mostrarem constantemente o seu orgulho.

Ao meu marido, Luís, pelo apoio incondicional sempre dispensado ao longo de todo este percurso, pela importância que tem na minha vida e por estar sempre presente em todos os momentos. Por confiar na minha capacidade, por sempre apoiar e incentivar as minhas decisões e escolhas.

Ao meu filho, Pedro Afonso, pelos sorrisos, pela boa disposição, pelas palavras de motivação, por ser bom ouvinte e por todas as manifestações de afeto, orgulho e apoio.

À minha avó, Zizi, embora agora ausente, pela sua presença constante e tão enriquecedora ao longo da minha vida.

À minha companheira e amiga, Ana Paula, pelas conversas infundáveis, desabafos, palavras de incentivo e força, pelos momentos de verdadeira partilha, de experiências pessoais e profissionais que tanto me ajudaram a crescer.

À minha amiga, Teresa Trindade, por estar sempre disponível para ouvir as minhas inquietações e me apoiar nas dificuldades.

Às minhas amigas, Carla Henriques, Cristina Ferreira, Graça Lopes e Esmeralda de Carvalho, pela disponibilidade e palavras de incentivo.

À Cristina Couceiro pelo carinhoso acolhimento, nestes dois últimos anos à sexta-feira.

A todos os meus familiares e amigos, pela paciência e carinho, pelas horas de ausência, pelos risos não partilhados durante o tempo ocupado, por este percurso.

À equipa terapêutica de VillaRamadas por me acolherem e aos pacientes por aceitarem fazer parte deste estudo.

E a todas as pessoas que aqui não foram mencionadas, mas que me acompanharam de alguma forma nesta etapa.

## Resumo

**Objetivos:** O presente estudo tem como principal objetivo analisar a evolução a nível emocional e comportamental dos pacientes em tratamento numa Comunidade Terapêutica, especializada no tratamento da perturbação da adição e em programas de desenvolvimento pessoal.

**Método:** Para a recolha de dados recorreu-se a uma mostra de pacientes (N=32) a fazer tratamento na Comunidade Terapêutica, com idades compreendidas entre os 15 e os 55 anos. O protocolo de avaliação foi constituído por um questionário sociodemográfico e questionários fidedignos para avaliar a sintomatologia psicopatológica e estados emocionais (DASS21 e PANAS), as memórias precoces negativas (ELES), a agressividade (AQ), a impulsividade (BIS), as respostas ruminativas (RRS-10) e agir com consciência/*Mindfulness* (MASS). Os pacientes em estudo apresentam perturbações relacionadas com o abuso de substâncias (representam o maior número da amostra), emocionais e comportamentais. Os dados foram recolhidos em dois momentos, fase inicial e fase final de tratamento (passados cinco meses), constituindo assim um estudo longitudinal.

**Resultados:** Os resultados obtidos permitem-nos verificar que há diferenças significativas do primeiro para o segundo momento de avaliação, ou seja, do início para o fim do tratamento o que nos permitiu validar as hipóteses de estudo: após 5 meses de tratamento verificaram-se melhoras significativas ao nível da sintomatologia psicopatológica, nomeadamente menos sintomas depressivos, ansiosos e associados ao *stress*; verificou-se diminuição do afeto negativo e aumento do afeto positivo, bem como decréscimo de comportamentos agressivos e impulsivos. Por último, relativamente aos processos de regulação emocional, verificou-se um aumento significativo do agir com consciência (*mindfulness*) e uma diminuição do processo de cismar associado à ruminação. Não se verificaram diferenças significativas entre os dois momentos de avaliação nas memórias negativas precoces relativas às memórias de ameaça e de subordinação na interação com os pais.

**Conclusão:** os dados encontrados sugerem que o enfoque terapêutico da intervenção em estudo não se restringe à abstinência de substâncias, mas visa um propósito mais amplo que se traduz no desenvolvimento biopsicossocial do paciente, que integra a alteração de comportamentos e atitudes do próprio para consigo e para com os outros. Salienta-se que se trata de um programa de intervenção eclético, que inclui terapia de grupo e terapia individual,

com recurso a diferentes estratégias vivenciais e emocionais, o que poderá explicar os bons resultados encontrados neste estudo.

**Palavras-Chave:** Perturbação da adição, comunidades terapêuticas, terapia de grupo, Change & Grow

## **Abstract**

**Objectives/Aims:** This study aims to analyze the emotional and behavioral evolution levels on patients undergoing treatment in a therapeutic community, specializing in treating the disorder of adding and personal development programs.

**Method:** For data collection we used a sample of patients (N= 32) receiving treatment in therapeutic community, aged between 15 and 55 years old. The assessment protocol consisted of a sociodemographic questionnaire and reliable questionnaires to assess to psychopathological symptoms and emotional states (DASS21 and PANAS), negative early memories (ELES), aggression (AQ), impulsivity (BIS), the ruminations answers (RRS-10) and act conscientiously/Mindfulness (MASS). The patients in the study have disorders related to substance abuse (they represent the largest sample size), emotional and behavioral. The data were collected in two stages, the initial phase and final phase of treatment (after five months), thus constituting a longitudinal study.

**Results:** The results obtained allow us to verify that there are significant differences between the first and second assessment, that is, from the beginning to the end of treatment which allowed us to validate the study hypotheses: after five months of treatment there have been significant improvements in terms of psychopathological symptoms, including fewer depressive symptoms, anxiety and symptoms associated with stress; there was a decreasing negative affect and an increasing in positive affect , as well as a decreasing in aggressive and impulsive behaviors. Finally, and regarding emotional regulation processes, there was a significant increase in conscious act (mindfulness) and a decrease in the brooding process associated rumination. There were no significant differences between the two time points in early negative memories, concerning the threat of memories and subordination in the interaction with parents.

**Conclusion:** The results suggest that the main therapeutic focus of intervention under study is not restricted to abstinence from substances, but it has a wider purpose that translates into biopsychosocial development of the patient which includes a change in behavior and attitudes of himself to himself and for others. Please note that this is an eclectic intervention program that includes group therapy and individual therapy, using different experiential and emotional strategies, which may explain the good results of this study.

**Keywords:** disturbance addition, therapeutic communities, group therapy, Change & Grow

## Introdução

O objetivo específico da Comunidade Terapêutica é tratar a perturbação individual, mas com um propósito mais amplo de transformar estilos de vida e identidades pessoais. Neste sentido é fundamental retirar o paciente dos ambientes físicos, sociais e psicológicos associados aos consumos e a um estilo de vida disfuncional e negativo. Os pacientes não têm apenas de se afastar dos efeitos psicoativos do uso das substâncias, mas também de lugares, pessoas e coisas ligadas ao seu uso. O pressuposto é que quem entra, na Comunidade Terapêutica, é porque procura ajuda para a recuperação e reabilitação.

As mudanças do estilo de vida que começam com o tratamento têm de ser mantidas no processo de recuperação, para prevenir comportamentos de risco e apoiar o restabelecimento das relações familiares, profissionais e sociais.

O presente estudo foi desenvolvido no Centro de Tratamento, VillaRamadas (Comunidade Terapêutica de gestão privada), que dispõe de duas unidades residenciais de tratamento situadas no concelho de Alcobaça com capacidade para 48 pacientes. Nesta Comunidade aplica-se o Modelo Terapêutico *Change & Grow*, que se alicerça em 5 Princípios (Verdade, Aceitação, Gratidão, Amor e Responsabilidade), coadjuvados por 12 Promessas e por 12 Passos (os 12 Passos dos Alcoólicos Anónimos que foram inicialmente publicados em 1939) e coloca o seu foco, não nos problemas ou dependências, mas na sua solução. O tratamento é feito em regime de internamento de pelo menos 5 meses, voluntário e sujeito às regras próprias da Comunidade Terapêutica.

A escolha desta temática surgiu no decorrer do estágio curricular do Mestrado em Psicologia Clínica, Ramo de Terapias Cognitivo-Comportamentais, que decorreu na referida instituição e pelo facto de existirem muito poucos estudos em Portugal sobre tratamentos de pacientes com perturbações relacionadas com substâncias em Comunidades Terapêuticas.

Procura esta investigação analisar a evolução dos pacientes ao longo de cinco meses de tratamento, através da comparação dos sintomas psicopatológicos e dos estados emocionais (depressão, ansiedade, *stress*, afeto positivo e afeto negativo), de variáveis psicológicas (memórias de experiências precoces adversas, agressividade e impulsividade) e dos processos psicológicos (respostas ruminativas e do *mindfulness*), avaliados em dois momentos distintos.

Ao longo dos tempos as relações entre as dimensões afetivas negativas, ansiedade e depressão têm sido consideradas importantes tanto do ponto de vista teórico como no da saúde mental e, por isso, constituem dimensões clássicas na psicologia e na psicopatologia. A ansiedade costuma estar estreitamente associada aos sintomas de depressão, (Ribeiro, Honrado & Leal, 2004). Lovibond e Lovibond (1995) caracterizam as três dimensões mediante

o modelo tripartido (Pais Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004) do seguinte modo: a depressão caracteriza-se, principalmente, pela perda de auto-estima e de motivação, e está associada com a perceção de baixa probabilidade de alcançar objetivos de vida que sejam significativos para o indivíduo enquanto pessoa. A ansiedade salienta as ligações entre os estados persistentes de ansiedade e respostas intensas de medo. O *stress* sugere estados de excitação e tensão persistentes, com baixo nível de resistência à frustração e desilusão (Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

O afeto é a componente emocional do bem-estar subjetivo, neste sentido, Diener, Suh, Cohen, Kessler e Gordon (1997) afirmam que o afeto faz parte da maioria das medidas de bem-estar e que é considerado a dimensão emocional do bem-estar ao lado da dimensão cognitiva, a satisfação com a vida, (Galinha & Ribeiro, 2005). O bem-estar divide-se numa dimensão cognitiva, a avaliação que o sujeito faz em cada momento da satisfação com a sua vida e numa dimensão emocional, o afeto que o indivíduo manifesta em cada momento, a preponderância em duração e intensidade das emoções positivas sobre as emoções negativas (Galinha & Ribeiro, 2005).

As experiências adversas podem ser também consideradas como acontecimentos de vida potencialmente desestruturantes e comprometedores do funcionamento e bem-estar emocional e psicossocial, sendo neste caso acontecimentos adversos ou experiências não consideradas como positivas por parte do indivíduo. A criança constrói memórias em função das experiências que tem ou que vivencia na interação com os seus cuidadores principais, sendo fundamental para esta construção a resposta dada pelas figuras consideradas de suporte. Perante acontecimentos adversos a criança organiza-se em função do impacto provocado pela diferença entre o que observou e o que a sua memória deveria guardar, ou seja, o que vai recordar e o que vai suprimir da lembrança, podendo desta forma manter o seu equilíbrio interno. As experiências de abuso/maltrato e negligência, que são adversidades interpessoais, assim como a exposição à violência doméstica, a perda ou separação de figuras significativas ou estar ao cuidado de pessoas com um grau de psicopatologia considerável (e.g., depressões severas, abuso de álcool e substâncias) são exemplos de condições inadequadas para o desenvolvimento do indivíduo (Maia et al., 2006). É reconhecida a relação entre as experiências que ocorrem na infância e o impacto que as mesmas terão na saúde mental do adulto.

A agressividade é uma característica da personalidade de extrema importância quer para a prática clínica quer para a investigação (Harris, 1995). O comportamento agressivo tem vindo

a ser concetualizado por vários autores, numa abordagem dimensional, Buss e Perry (1992) propuseram uma estrutura de quatro fatores para o comportamento agressivo, a qual tem sido largamente estudada. A agressão verbal e física representam a componente instrumental ou motora do comportamento. A raiva envolve excitação fisiológica e preparação para a agressão e representa a componente emocional ou afetiva do comportamento. Finalmente, a hostilidade abrange sentimentos de má vontade ou injustiça e representa a componente cognitiva do comportamento (Buss & Perry, 1992).

A impulsividade, em termos biopsicossociais, pode ser definida como uma predisposição do indivíduo para reações rápidas, não planeadas a estímulos internos ou externos, não tendo em conta as consequências negativas dessas reações para o próprio indivíduo ou para os outros. A impulsividade muitas vezes envolve riscos, mas não é o resultado desses riscos que muitas vezes interessam aos indivíduos, por vezes está relacionada com a procura da sensação (Moeller, Barratt, Dougherty, Schmitz, & Swann, 2001). Segundo Barratt (1965), a impulsividade é vista como uma construção da personalidade e pode ser dividida em três componentes: a impulsividade motora indica se o indivíduo é ou não capaz de inibir os seus comportamentos e se age de acordo com as circunstâncias momentâneas, a impulsividade cognitiva/atencional diz respeito à capacidade de concentração, ou seja, à capacidade de realização de uma determinada tarefa, e a impulsividade não planeada caracteriza-se pela capacidade do sujeito em planear, ou não, as suas ações de forma ponderada (Patton, Stanford, & Barratt, 1995).

A Teoria dos estilos de resposta, proposta por Nolen-Hoeksema (1991), define a ruminação/a resposta ruminativa ao humor depressivo como sendo “um conjunto de pensamentos e comportamentos caracterizados por um foco passivo e repetitivo no facto de que está deprimido, nos sintomas da depressão, nas causas, significados e consequências dos mesmos”. Ainda de acordo com a autora (1998), “a ruminação é um processo natural, uma vez que, quando estamos com humor depressivo todos ruminamos, contudo, a distinção entre ruminadores e não ruminadores está presente quando os ruminadores continuam na escala deste processo antiperpetuante e dinâmico que é composto por um conjunto de graus em que no topo está a depressão”, (Amaral, Castilho & Gouveia, 2010).

Segundo Treynor, Gonzalez e NolenHoeksema (2003) a ruminação pode ser dividida em duas componentes: a reflexão (“reflection”) e o pensativo/melancólico (“brooding”). A componente reflexão está direccionada para enveredar pela resolução de problemas, de modo a atenuar ou eliminar a sintomatologia depressiva. Esta componente pode ser estimulada por



afeto negativo ou levar a afeto negativo a curto prazo, no entanto, a longo prazo assiste-se a uma diminuição da sintomatologia depressiva devido à resolução eficaz do problema, sugerindo que é a componente adaptativa da ruminação. Por sua vez, a componente pensativo/melancólico reflete passividade na comparação entre o estado atual com um estado idealizado, não enveredando, deste modo, pela resolução dos problemas. Esta componente associa-se à sintomatologia depressiva a curto e a longo prazo sugerindo que é a componente mal-adaptativa da ruminação, (Amaral, Castilho & Gouveia, 2010).

Segundo Kabat-Zinn (Kabat-Zinn, 1994) *mindfulness* significa prestar atenção de uma forma intencional, ao momento presente e sem recorrer a julgamentos de valor. Esta é uma definição do *mindfulness* enquanto um estado de consciência caracterizado para prestar atenção em relação à experiência do presente. Segundo Shapiro & Schwartz, (2005) *mindfulness* tem sido descrito como um processo de consciência, sem juízo de valor, não elaborado, centrado no presente, e no qual cada pensamento, sentimento ou sensação que surge no campo atencional de cada pessoa, é reconhecido e aceite como é.

O poder do *mindfulness* reside na sua prática e nas suas aplicações. Esta forma de dirigir a atenção permite uma maior consciencialização, clareza, e aceitação da realidade no momento atual (Teixeira & Pereira, 2009).

A maioria da população da amostra deste estudo é composta por pacientes com perturbações relacionadas com substâncias e perturbações aditivas, pelo que é feita uma breve referência a este tipo de temática.

### **Adição e dependência química**

A adição de drogas é considerada o consumo persistente de uma ou várias substâncias psicoativas, até um determinado momento em que o sujeito adito, está constantemente sobre efeitos de drogas, com uma vontade compulsiva em consumir e juntamente expõe dificuldades em suspender livremente ou mudar o consumo das substâncias (OMS, 1994). A adição é descrita como uma doença de entidade própria, debilitante e enraizada nos efeitos farmacológicos da substância.

A dependência é tida como a condição de necessidade ou dependência de algo ou alguém, seja como apoio para funcionar ou sobreviver. Este termo pode ser utilizado quer no álcool, como nas drogas e envolve uma necessidade de consumir repetidamente doses de droga para o “bem-estar” pessoal, (OMS, 1994).

A dependência química na atualidade corresponde a um fenómeno amplamente divulgado e discutido, uma vez que o uso abusivo de substâncias psicoativas tornou-se um grave problema social e de saúde pública na nossa realidade, (Pratta, & Santos, 2009).

A definição para dependência de substâncias do DSM-5 (2014) é descrita como um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicativos de que o sujeito continua a utilizar a substância, apesar dos problemas significativos que estes consumos causam. Existe um padrão de autoadministração repetida que resulta geralmente em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo quanto ao consumo de drogas.

Da perspetiva do toxicodependente, a vida acaba por perder o sentido, os seus objetivos exclusivos passam a ser conseguir dinheiro para a substância, encontrar onde a comprar, obter material para a consumir, consumi-la de uma forma relativamente segura e, por vezes, disfarçar os seus consumos. A toxicodependência é descrita pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1997) como um estado de intoxicação crónica do organismo que é prejudicial ao indivíduo e à sociedade e que é produzido pela administração de uma droga (natural ou sintética). Caracteriza-se por um desejo ou necessidade inadiável de continuar, isto é, traduz-se num estado psíquico e, por vezes também físico, resultante da interação entre um organismo vivo e um produto tóxico, caracterizando-se por modificações e outras reações que incluem sempre a compulsão para tomar drogas de um modo contínuo ou periódico, a fim de experimentar efeitos específicos ou evitar o mal-estar da privação (Ferreira, 2001).

A dependência progressiva das substâncias para atingir gratificações a curto prazo (reforço positivo) e as situações-estímulo ambientais vão constituindo progressivamente determinantes imediatos do desejo intenso de consumir. Com a repetição dos consumos, o desenvolvimento da tolerância aos efeitos diretos e imediatos da substância poderá incrementar o recurso a esta, no intuito da obtenção dos efeitos (imediatos positivos) anteriormente referidos. Tal constitui um fator de 2ª ordem na manutenção dos consumos, na medida em que, para evitar os sintomas de privação, o sujeito irá continuar a consumir, sendo os consumos mantidos, portanto, por mecanismos de reforço negativo, (Raposo, 2013).

A toxicodependência apresenta três formas de dependência: psicológica, física e comportamental (Patrício, 1997). A dependência psicológica surge quando um indivíduo sente um desejo intenso e incontrolável de consumir droga, sofrendo perturbações a nível emocional quando não consome (Patrício, 1997). A dependência física, surge quando o organismo já adaptou o seu metabolismo à presença da droga, sofrendo de sintomas dolorosos (síndrome de abstinência) quando a droga deixa de ser consumida e a dependência

física, ligada fundamentalmente a mecanismos de reforço negativo que existe quando o organismo se adapta fisiologicamente ao consumo habitual da substância (Patrício, 1997).

### **Tratamento**

Não basta, apenas, identificar e tratar os sintomas, mas também, identificar as consequências e os motivos que levaram à mesma, pensando o indivíduo na sua totalidade. Além da necessidade de procurar constantemente a droga, a dependência causa mudanças acentuadas na interação do indivíduo com seus familiares, afetando as suas relações sociais e até mesmo profissionais. Segundo o DSM-5 (2014) a característica principal da dependência de substâncias corresponde à presença de um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, que evidencia que o indivíduo continua a utilizar uma determinada substância, apesar dos problemas significativos relacionados à mesma tanto em termos de saúde quanto pessoais e sociais. Existe um padrão de autoadministração repetida, o qual geralmente resulta em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo de consumo da droga.

A adição a substâncias afeta diversas áreas da vida e do funcionamento humano, perturba o indivíduo, a sua família, amigos e redes sociais mais próximas, como colegas e vizinhos.

O tratamento das perturbações pelo uso de substâncias coloca aos técnicos permanentes desafios, não só pelas interfaces acopladas a este tipo de problemáticas, nomeadamente dos foros psicopatológico, sociofamiliar, legal e económico, mas também pelas próprias características das substâncias, pelas idiossincrasias das manifestações clínicas destes quadros e pelo prognóstico que os mesmos apresentam. Por todos estes aspetos, torna-se necessário que se providenciem tratamentos eficazes e com uma boa relação custo-benefício, (Raposo, 2013).

Atualmente, diversos tipos de tratamento estão a ser implantados para o trabalho com a dependência química, como por exemplo, o tratamento médico, o comportamental, o psicoterapêutico, o psiquiátrico ou o da ajuda mútua. Esses tipos de tratamentos implicam intervenções terapêuticas específicas, como: desintoxicação (considerado apenas o primeiro passo), farmacoterapia, psicoterapias (individual, em grupo e com os familiares), terapias ocupacional e Cognitivo-Comportamental, além dos grupos de autoajuda (Macieira, 2000) cit in, Pratta, E. & Santos M. (2009).

De acordo com o objetivo do nosso estudo, será apresentado de forma mais detalhada o Modelo Terapêutico *Change & Grow* que é o tratamento que irá ser alvo de avaliação.

### **Comunidades terapêuticas**

A comunidade terapêutica funciona como um novo meio, que permite ao paciente uma nova reestruturação, promovendo o desenvolvimento e crescimento pessoal através de alterações do contexto individual. É um local onde é estimulada a aprendizagem da vivência em grupo, com o desenvolvimento das relações interpessoais e a abstinência das drogas. Com o desenvolvimento do tratamento é possível reaprender a viver em abstinência, sem drogas, desenvolver a responsabilidade, a autoestima e assim desenvolver capacidades pessoais e interpessoais, de forma que cada elemento se torne cada vez mais autónomo.

Ao reduzir os estímulos do mundo exterior e com as normas, horários e atividades programadas, as Comunidades Terapêuticas criam condições para o emergir de situações de cariz relacional e emocional diverso, que exigem da equipa técnica, respostas adequadas (respostas de: antiagressão, antimanipulação, proteção, estímulo, confiança no próprio, etc) e resignações dos conteúdos manifestos (consumos), (Vieira, 2007).

Em situação quase laboratorial 24 sobre 24 horas os utentes são observados em todas as suas dimensões e em múltiplas interações entre si e a equipa técnica: a natureza dos conflitos, as alianças, as sedução e os mecanismos de funcionamento mental. As atividades de rotina servem para organizar a vida, restaurar ou adquirir hábitos de trabalho, planificar, fixar e atingir metas, ser responsável pela sua vida e pela dos outros e aprender a cuidar da sua saúde física. As atividades desenvolvidas permitem, também, descobrir potencialidades e permitir a sua realização e expressão, bem como manifestar sentimentos de modo adequado e construtivo. Pretende-se que este funcionamento social seja a primeira etapa do acesso ao funcionamento social no local de residência, (Vieira, 2007).

### **Modelo Terapêutico *Change & Grow***

O Modelo Terapêutico *Change & Grow* foi criado e desenvolvido no Centro de Tratamento Internacional de VillaRamadas, onde atualmente é utilizado, não só para o tratamento integrado dos mais variados tipos de perturbações/dependências químicas (drogas legais, ilegais e álcool), emocionais (co-dependência, depressão, automutilação e processos de luto) e comportamentais (jogo patológico, perturbação do comportamento alimentar, internet, sexo, fobias, perturbação obsessivo-compulsiva). A intervenção terapêutica deste modelo centra-se num sistema integrado nos vários domínios do Ser: afetivo (autoestima), cognitivo (autoconceito), comportamental (autoapresentação) e mental (espiritualidade). O seu foco está nas soluções e não nos problemas, nas semelhanças e não nas diferenças e na responsabilização de cada um pela conquista do seu bem-estar, independentemente do seu

problema, dependência, ou até mesmo da inexistência tanto de uma como de outra, (Silva, 2012). É um modelo psicoterapêutico integrativo já que, assenta em elementos das várias correntes teóricas da Psicologia: Humanista, Psicodinâmica, Cognitivo-Comportamental, Gestalt, Positiva, incorporando, ainda, aspetos da Programação Neuro Linguística, (Silva, 2012).

A abordagem terapêutica específica para as dependências químicas é, geralmente, iniciada com uma desintoxicação e consequente abstinência total da(s) substância(s) de consumo, conduzida sob supervisão médica. Só a partir do momento em que os sintomas de abstinência física são ultrapassados, é que começa o verdadeiro trabalho relativamente à libertação da dependência psicológica e emocional das drogas. Este trabalho é efetuado, principalmente, através da utilização do Modelo Terapêutico *Change & Grow*, sendo o abandono, por parte do paciente, da negação do seu problema com drogas, e a consequente aceitação total dos efeitos negativos da sua dependência, o elemento-chave de toda a abordagem terapêutica. Ao finalizar esta etapa, conscientes de tudo o que de mais negativo fizeram sob influência de drogas, os pacientes ficam então preparados para darem início à mudança dos seus comportamentos para outros mais positivos, com base na autodescoberta que, entretanto, foram fazendo, (Silva, 2012).

A duração mínima deste processo terapêutico em internamento é de 24 semanas e depende, naturalmente, do ritmo e do empenho do paciente, sendo também salvaguardado o tempo necessário e suficiente para que este progrida no programa, à velocidade mais pertinente para o seu caso.

#### *Os cinco princípios do Modelo Terapêutico Change & Grow*

O Modelo Terapêutico *Change & Grow* é apresentado e apoiado por 5 princípios: Verdade, Aceitação, Gratidão, Amor e Responsabilidade.

Segundo este modelo o princípio da Verdade permite a cada um contactar com os seus sentimentos e libertar-se das dúvidas originadas pelos comportamentos inconsistentes e incoerentes, de modo a manter a consciência leve e tranquila. O princípio da Aceitação possibilita a cada um ser como realmente é, autorizando que os outros sejam realmente quem são e capacitar-se para uma rápida adaptação aos imponderáveis e às diferentes circunstâncias do dia-a-dia. O princípio da Gratidão preenche e deixa cada um agradecido pelas pequenas coisas, mantendo-o de bem consigo, com os outros e com o mundo, contribuindo positivamente para poderem viver o momento presente, dando prioridade aos sentimentos

positivos, de prazer e bem-estar. No que diz respeito ao princípio do Amor, este permite a cada um distanciar-se do seu egocentrismo, libertar-se do medo, do isolamento e dos seus defeitos de carácter, envolvendo os indivíduos numa realidade muito maior, a dos outros e a do mundo que os rodeia. Por fim o princípio da Responsabilidade permite adquirir e manter um estilo de vida honesto, ativo, respeitável e saudável, compreendendo que a sua auto-realização e felicidade depende essencialmente das suas próprias escolhas, (Silva, 2012).

Enquadrados nestes princípios, trabalham-se os 12 passos simultaneamente com as 12 promessas como forma de motivação para todo o trabalho. Quer as Doze Promessas, quer os Doze Passos do Modelo *Change & Grow* foram adaptados das Doze Promessas e Doze Passos dos Alcoólicos Anónimos, com a permissão da *Alcoholis Anonymous World Services, Inc.* (“AAWS”).

#### *As 12 Promessas e os 12 Passos de Change & Grow*

##### **Quadro I**

As 12 Promessa de <i>Change &amp; Grow</i>	Os 12 Passos de <i>Change &amp; Grow</i>
1ª “Iremos conhecer uma nova liberdade e uma nova felicidade”	1º Admitimos que éramos impotentes e que tínhamos perdido o domínio sobre as nossas vidas;
2ª “Iremos aceitar o nosso passado, mas não o iremos esquecer”	2º Viemos a acreditar que um Poder Superior a nós mesmos poderia devolver-nos à serenidade
3ª “Iremos compreender o significado da palavra Serenidade”	3º Decidimos entregar a nossa vontade e a nossa vida aos cuidados de Deus, na forma em que O concebíamos;
4ª “Iremos experimentar sentimentos de Paz”	4º Fizemos um minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos;
5ª “Independentemente das nossas vivências do passado iremos perceber que os outros poderão beneficiar delas”	5º Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano, a natureza exata das nossas falhas;
6ª “Iremos deixar de sentir inutilidade e a autopiedade irá desaparecer”	6º Prontificámo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de carácter;
7ª “Iremos abandonar propósitos meramente egoístas e demonstraremos interesse pelos outros”	7º Humildemente Lhe rogámos que nos livrasse das nossas imperfeições;
8ª “Iremos deixar de ser egocêntricos”	8º Fizemos uma relação de todas as pessoas que tínhamos prejudicado e dispusemo-nos a reparar os danos causados a tais pessoas;
9ª “Iremos aprender uma nova atitude e a ter uma visão positiva de tudo o que nos rodeia”	9º Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, exceto quando fazê-lo significasse prejudica-las ou a outrem;
10ª “Iremos deixar de sentir medo dos outros e da insegurança financeira”	10º Continuávamos a fazer um inventário pessoal e, quando estávamos errados, admitimo-lo prontamente;
11ª “Iremos passar a saber lidar, intuitivamente, com situações que no passado nos confundiam”	11º Procurámos, através da prece e meditação, melhorar o nosso contacto consciente com Deus, na forma como O concebemos, rogando apenas pelo conhecimento da Sua

	vontade em relação a nós e pelas forças para realizar essa vontade
12ª “Iremos perceber que juntos conseguimos encontrar a solução para os nossos problemas”	12º Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a estes Passos, procurámos transmitir esta mensagem e praticar estes princípios em todas as nossas atividades.

Praticando os 12 passos (Quadro I) é possível a concretização das 12 promessas (Quadro I) na vida de cada um. Quando se vive preso a um problema, a uma dificuldade ou a uma dependência (emocional, comportamental ou química), que embora querendo não se consegue abandonar ou resolver, o mais provável é que esse problema, dificuldade ou dependência tome, aos poucos, conta de todas áreas da vida, ficando esta completamente fora do controlo, (Silva, 2012).

O propósito do primeiro passo em particular e dos outros em geral é de possibilitar a cada um a hipótese de encontrar e de aprender novas formas de estar, pensar, agir e sentir. Ao praticar e aplicar os doze passos é possível a cada um: Alcançar a capacidade de se reencontrar com a harmonia do seu ser (físico e espiritual), logo a capacidade de alcançar um novo potencial de mudança e crescimento; A sua expansão espiritual que incrementará o seu potencial interior, libertando-o das limitações absurdas que eram impostas pelo seu ego; A capacidade de escolha para aceitar ou recusar desafios, de forma a poder retirar ensinamentos diretos da realidade que o rodeia e sustenta e a capacidade de lidar de forma positiva e construtiva com a raiva, com a frustração, com a inveja, com o egoísmo, com a mentira e com a ambição, (Silva, 2012).

Para o crescimento interior ser efetivo é necessário que cada um estabeleça um compromisso consigo próprio, que se obrigue a agir de forma consciente, tendo em vista a mudança da sua maneira de ser e os seus padrões de comportamento, abandonando as práticas egoístas, que devem ser substituídas por outras de entrega e doação. Se no passado estes pacientes usaram inúmeras desculpas e justificações para se pegarem a situações ou comportamentos, que consideravam como sendo de segurança, pois já lhes eram familiares, no futuro será raro o dia em que não terão de enfrentar novos desafios, encarando-os não como dificuldades, mas como oportunidades para mudar e crescer espiritualmente. Abandonando o seu comodismo, devem aprender novas atitudes que devem integrar as suas vidas, como por exemplo aprender a interromper rapidamente certos processos interiores mais negativos, e aprender a terem autoconfiança e a confiar nos que os rodeiam, (Silva, 2012).

### *Propostas de Intervenção e Estratégias Terapêuticas*

A abordagem terapêutica específica para a dependência química, é iniciada com uma desintoxicação, consequente abstinência total, conduzida sob supervisão médica.

A partir do momento em que os sintomas de abstinência física são ultrapassados é possível o trabalho relativamente à libertação da dependência psicológica e emocional da substância. Este é efetuado, principalmente, através da utilização do Modelo Terapêutico *Change & Grow*, que se alicerça nos 5 Princípios coadjuvados pelos 12 Passos e 12 Promessas.

Durante o tratamento o paciente realiza terapias individuais, terapias de grupo, trabalhos de leitura e escrita, desenvolve competências sociais e faz a reavaliação dos valores sobre os quais assentam as suas ações e escolhas. Pretende-se que o paciente altere a forma de pensar, sentir e as perspetivas face a si, ao outro e ao mundo.

Para concretizar todo o programa são desenvolvidas várias atividades ao longo do dia e da semana a fim de trabalhar os princípios, as promessas e os passos, como:

- Reflexão da manhã/noite: com base no “Livro de Reflexões” da própria instituição, onde se encontra uma reflexão para cada dia do ano e do qual é feita a leitura em voz alta por um dos pacientes. A reflexão termina com uma frase que é acabada por cada paciente, onde verbaliza pensamentos/sentimentos de acordo com a reflexão feita;
- Terapia de Grupo da manhã: realizam-se todas as manhãs e decorrem com todos os pacientes e sob a moderação e orientação de um terapeuta. Todos os elementos do grupo apresentam-se, referindo o seu nome e uma característica positiva acerca de si, conjuntamente com uma reflexão. Os pacientes podem pedir para usar o grupo, com o objetivo de partilhar experiências/vivências da sua vida, referentes ao passado, presente ou futuro, bem como sentimentos e emoções, obtendo identificações e *feedback* por parte dos outros pacientes. A terapia de grupo termina sempre com a intervenção do terapeuta, de modo a transmitir de forma terapêutica um *feedback* para todos os elementos do grupo;
- Terapia individual: Os pacientes podem realizar terapia individual, de manhã ou à tarde, de modo a serem trabalhados os aspetos mais significativos de acordo com a sua patologia e com o estágio de desenvolvimento do programa;
- Grupo de mudança de objetivos: Às quartas-feiras de manhã, realiza-se uma reunião com o intuito de criar objetivos terapêuticos para a semana: terapeutas e pacientes definem objetivos terapêuticos, para cada paciente, em grupo. Nesta reunião, também, é escolhida nova liderança para a semana: líder e sublíder, que são responsáveis pela organização das tarefas,



das atividades e do cumprimento de regras da “casa”. Os líderes todas as manhãs fazem o ponto da situação, do que se passou até ao momento, aos terapeutas que entram ao serviço. No final da reunião é elaborado um quadro com o nome de cada paciente, uma nova característica positiva de si e o objetivo a desenvolver durante a semana, Ex: “Partilha os teus pensamentos e sentimentos na hora”.

-Minigrupos: Todos os dias os pacientes devem fazer pelo menos dois minigrupos, um de manhã e outro à tarde. Os minigrupos realizam-se por necessidade quando o paciente se encontra instável e necessita de partilhar algo, ou para refletir sobre os trabalhos que estão a realizar. Têm uma duração máxima de 15 minutos e realizam-se com o máximo de três pessoas (cinco minutos para cada elemento).

- Atividades de Lazer: Estas atividades são diversas: praticar desporto, ver televisão/filmes, jogar cartas e xadrez, tocar viola e cantar.

- *Break*: Este consiste numa saída periódica da unidade terapêutica e é sempre resultado de uma decisão terapêutica. De acordo com o desenvolvimento do programa, o paciente tem de estar preparado, não oferecendo risco de recaída. Durante este período de saída, os pacientes são aconselhados a frequentarem as reuniões de *Change & Grow* mais próximas da sua área de residência e a pedirem ajuda imediata, telefónica ou pessoal, sempre que tiverem pensamentos inapropriados.

- Reuniões com as famílias: Realizam-se ao longo do tratamento cerca de três reuniões familiares, com o intuito de explicar o conceito de doença, a evolução do tratamento, mostrar e analisar o plano do mesmo, explicar o que significa a abstinência total e trabalhar as relações afetivas entre os vários membros da família, baseado no princípio da verdade de modo a que a família seja um suporte e uma aliada no tratamento.

De acordo com os objetivos e linhas de ação do programa terapêutico *Change & Grow*, escolhemos analisar a evolução, ao longo de cinco meses, de variáveis distais (e.g., experiências precoces de vida, agressividade e impulsividade temperamentais), de estados emocionais (e.g., afeto positivo e afeto negativo), sintomas psicopatológicos (ansiedade, depressão e *stress*), e processos de regulação emocional (ruminação e *mindfulness*).

Na comparação dos dois momentos de avaliação (início e cinco meses de tratamento), colocamos as seguintes hipóteses: 1) melhoras significativas ao nível da sintomatologia psicopatológica, nomeadamente menos sintomas depressivos, ansiosos e associados ao *stress* na avaliação aos seis meses; 2) diminuição significativa do afeto negativo e aumento do afeto positivo na avaliação aos seis meses; 3) diminuição significativa de comportamentos

agressivos e impulsivos na avaliação aos seis meses; 4) aumento significativo de estratégias de *mindfulness* refletido numa maior consciência no agir, bem como uma diminuição de processos de ruminação, nomeadamente na sua dimensão “Cismar” na avaliação aos seis meses; 5) ausência de diferenças significativas na perceção das memórias precoces de vida referentes a experiências de ameaça e de subordinação na interação com pais.

## Metodologia

### *Participantes*

A população do presente estudo são os pacientes internados no Centro Internacional de Tratamento – VillaRamadas de setembro de 2014 a junho de 2015, que reuniam os critérios para fazerem parte do estudo.

De acordo com os dados da Tabela 1 a amostra é constituída por 32 pacientes, 20 do sexo masculino (62,5%) e 12 do sexo feminino (37,5), distribuídos pelo ensino básico (n= 4; 12,5%), ensino secundário (n= 12; 37,5%), curso profissional (n= 5; 15,6%), bacharelato (n= 2; 6,3%) e Licenciatura (n= 9; 28,1%), ocorrendo a maior percentagem no ensino secundário. No que diz respeito às idades dos pacientes, estas estão compreendidas entre os 15 e os 55 anos, sendo a média de 30,5 anos. Quanto ao estado civil, 83% (n= 26) dos pacientes são solteiros, pertencendo os restantes 18, 7% (n=6) à categoria casado/união de facto.

**Tabela 1**

Caraterísticas Sociodemográficas da amostra (N = 32)

Sexo			
Masculino	n = 20 (62,5%)	Feminino	n = 12 (37,5%)
Idade			
M = 30,56	DP = 9,65	Mínimo – 15 anos	Máximo – 55 anos
Escolaridade			
	n	%	
Ensino Básico	4	12,5	
Ensino Secundário	12	37,5	
Curso Profissional	5	15,6	
Bacharelato	2	6,3	
Licenciatura	9	28,1	

<b>Estado Civil</b>		
	n	%
Solteiro	26	81,3
Casado/União Facto	6	18,7

Foram definidos como critérios de inclusão na amostra: os pacientes que até dezembro de 2014 tivessem três ou menos meses de tratamento, ou seja, aquando da passagem do primeiro momento de avaliação, os pacientes tinham o máximo de três de tratamento e que reunissem à data condições físicas e psíquicas suficientes para responderem ao protocolo de avaliação. Quanto ao primeiro critério a maior percentagem dos pacientes deste estudo, nesta fase, tinham menos de um mês de tratamento (43,8%; n=14).

De acordo com os dados recolhidos nos processos individuais dos pacientes e no Questionário Sociodemográfico (Tabela 2), os pacientes apresentavam co-ocorrência de mais do que uma patologia, no entanto, o motivo do tratamento de 71,9% (n= 23) dos pacientes foi devido a Perturbações relacionadas com abuso de substâncias e perturbações aditivas; 12,5% (n= 4) devido a perturbações da personalidade; 9,4% (n= 3) por perturbações depressivas e 3,1% (n= 1) por perturbações da alimentação e da ingestão e por perturbações do espectro da esquizofrenia.

**Tabela 2**

Tempo e Motivo de tratamento

<b>Tempo</b> (meses) – 1º Momento	n	%
0	14	43,8
1	3	9,4
2	7	21,8
3	8	25

  

<b>Motivo do tratamento</b>		
Perturbações <sup>1</sup>	n	%
Perturbações relacionadas com Substâncias e Perturbações Aditivas	23	71,9
Perturbações da Alimentação e da Ingestão	1	3,1

<sup>1</sup> As perturbações apresentadas pelos pacientes e elaborado o diagnóstico pela equipa terapêutica da instituição, foram classificadas de acordo com o diagnóstico baseado no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais DSM-5

Perturbações Depressivas	3	9,4
Perturbações do Espectro da Esquizofrenia	1	3,1
Perturbações da Personalidade	4	12,5
Total	32	100

### *Instrumentos*

A seleção dos instrumentos de avaliação para este estudo foi feita por forma a alcançar os objetivos do presente trabalho e pelo facto de se pretender que os instrumentos fossem adaptados para a população portuguesa e aplicáveis ao grupo em estudo.

***Depression, Anxiety and Stress Scale - DASS, Lovibond & Lovibond, (1995);*** Tradução e adaptação para a população portuguesa de Pais-Ribeiro, J., Honrado, A. e Leal, I., (2004).

A Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) é a tradução e adaptação para a população portuguesa da *Depression Anxiety Stress Scales* (DASS), de Lovibond & Lovibond (1995), que avalia a Ansiedade, a Depressão e o Stress. As três escalas são constituídas por sete itens cada, no total de 21 itens, consistindo cada item uma frase que remete para sintomas emocionais negativos. Pede-se ao sujeito que responda se a afirmação se lhe aplicou “na semana passada” (Ribeiro, Honrado, & Leal, (2004). No que diz respeito à subescala depressão, esta avalia a disforia (item 13), o desânimo (item 10), a desvalorização da vida (item 21), a autodepreciação (item 17), a anedonia (item 3), a falta de interesse (item 16) e inércia (item 5). Em relação à ansiedade, operacionaliza a excitação do sistema autónomo (itens 2, 4, 19), os efeitos músculo esqueléticos (item 7), a ansiedade situacional (item 9) e experiências subjetivas de ansiedade (itens 15, 20). No que diz respeito ao stress, avalia a dificuldade em relaxar (itens 1, 12), a excitação nervosa (item 8), facilmente agitado (item 8), a irritabilidade (itens 6, 11) e impaciência (item 14).

A consistência interna da versão original é elevada, com valores de alfa de Cronbach de .81 para a dimensão depressão, de .83 para a dimensão ansiedade e de .81 para a dimensão stress (Lovibond & Lovibond, 1995). Na versão portuguesa os resultados são igualmente elevados, com valores de alfa de Cronbach que variaram entre .74 e .85 (Pais Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004).

***Positive and Negative Affect Schedule – PANAS, Batson, Clark & Tellegen, (1988);*** Tradução e adaptação para a população portuguesa por Galinha, I. & Ribeiro, J. (2005).

O PANAS é uma escala que se organiza em duas subescalas: afeto negativo e afeto positivo e é constituída por 20 itens, em que cada item descreve um sentimento ou uma emoção. Nesta escala indica em que medida o sujeito sentiu cada uma das emoções durante as últimas semanas, fazendo uso de uma escala de 5 pontos de gravidade ou frequência (de 1 “Nada ou muito ligeiramente” até 5 “Extremamente”). Ao nível da consistência interna, comparando a escala global original com a versão portuguesa, os valores de Alpha de Cronbach são de .86 para a escala de afeto positivo e de .89. para a escala de afeto negativo, na versão portuguesa, (Galinha & Pais Ribeiro, 2005).

***Ruminative Responses Scale 10 - RRS-10, Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S., (2003);*** Tradução e adaptação para a população portuguesa de Dinis, Pinto-Gouveia, Duarte, & Castro, (2011).

Esta escala avalia especificamente a frequência com que os indivíduos tendem a ruminar em resposta ao seu humor depressivo. Possui 10 itens distribuídos por 2 fatores: Cismar, com 5 itens que avaliam o pensamento perseverante, centrado nas consequências negativas do humor depressivo e nos obstáculos à resolução de problemas; e Reflexivo, que contém 4 itens que se referem às tentativas para compreender as razões do humor depressivo e que tem uma orientação para a resolução dos problemas.

Os itens são respondidos numa escala do tipo *Likert* de 4 pontos que variam entre 0 (“quase nunca”) e 3 (“quase sempre”), em que quanto mais elevada a pontuação, maiores os graus de cismar ou reflexão. Esta escala apresenta boa validade convergente e discriminante e boa estabilidade temporal. Relativamente à consistência interna por fator, o Cismar tem os valores de .77 na versão original e .76 na versão portuguesa e o fator Reflexivo detém os valores de .72 na versão original e .75 na versão portuguesa (Dinis, A., Gouveia, P., Duarte, C. & Castro, T., 2011).

***Early Life Experiences Scale – ELES, Gilbert, Cheung, Granfield, Campey, & Irons, (2003);*** Tradução e adaptação para a população portuguesa de Lopes & Pinto-Gouveia, 2005).

A ELES é um instrumento de auto-resposta composto por 16 itens que pretendem avaliar a perceção de ameaça e submissão durante a infância. É formado por 3 subescalas (Ameaça percebida, Submissão e (Des)valorização), que se focam na evocação de memórias de ameaça percebida e de sentimentos e comportamentos de subordinação por parte das

figuras de vinculação. Na versão original da ELES, os alphas de Cronbach foram de .92 para o total da escala, .89 para a subescala de Ameaça percebida, .85 para a de Submissão, e .71 para a (Des)valorização, (Gilbert, Cheung, Grandfield, Campey & Irons, 2003).

***Barratt Impulsiveness Scale - BIS; Patton, J., Stanford, M. & Barratt, E., (1995);*** tradução e adaptação portuguesa por Dinis, A. & Pinto Gouveia, J., 2008)

A BIS é um questionário de autorrelato com 30 itens, com o intuito de medir a impulsividade, sendo que quanto mais alto for o somatório de todos os itens, mais elevado será o nível de impulsividade. Os itens são cotados usando uma escala de quatro pontos entre “1 – nunca/raramente” e “4 – quase sempre/sempre”, onde o valor mais elevado (“4”) indica a resposta mais impulsiva. No estudo original, a consistência interna revelou-se boa ( $\alpha = .82$ ) (Patton, Stanford & Barratt, 1995).

***Aggression Questionnaire, - AQ; Buss & Perry, (1992);*** Tradução e adaptação para a população portuguesa por Lopes, B. & Pinto Gouveia, J., 2005).

A AQ é uma escala que mede as componentes da agressividade temperamental: raiva, agressão e hostilidade, composta por 29 itens que estão divididos em quatro subescalas: agressividade física (AF), agressividade verbal (AV), raiva (R) e hostilidade (H). Cada item é cotado numa escala de cinco pontos (1 -Não se aplica nada e 5 -Aplica-se muito). A sua cotação é inversa, ou seja, quanto maior a cotação menor é a agressividade. A escala original mostrou boa consistência interna  $\alpha$  de Cronbach = 0,89, (Buss & Perry 1992).

***Mindfulness Attention Awareness Scale – MAAS; Brown & Ryan, (2003);*** tradução e adaptação para a população portuguesa por Pinto Gouveia & Gregório, 2007).

A MAAS é também um instrumento de auto-resposta de avaliação do traço de mindfulness, avalia as diferenças individuais na frequência de estados *mindful* no momento presente. Os sujeitos devem selecionar as suas respostas de acordo com o que realmente acontece no seu dia-a-dia, observando o que ocorre a cada momento e não com o que pensam que deveria acontecer, através de uma escala de seis pontos (1=Quase sempre; 6=Quase nunca). A MAAS é uma escala de 15 itens e possui apenas um fator e uma pontuação total: Agir com consciência, estar atento e realizar plenamente as atividades presentes. A consistência interna desta escala é de .87 na versão original, (Brown & Ryan, 2003). Pontuações mais altas refletem menor atenção plena, porque a cotação desta escala é inversa.

### **Questionário sociodemográfico**

Este questionário foi elaborado com o intuito de recolher alguns dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes. Os dados recolhidos foram os seguintes: sexo, idade, habilitações literárias, estado civil, motivo do internamento e tempo de internamento.

Em nenhum local foram pedidos dados que pudessem identificar os participantes.

### *Procedimentos*

Foi pedida autorização aos autores dos questionários para a sua utilização, sendo, posteriormente, solicitada ao Diretor do Centro Internacional de Tratamento, VillaRamadas, autorização para passar o protocolo de avaliação aos pacientes internados em tratamento.

Segundo a direção das observações e o momento da recolha de dados, este é um estudo longitudinal, uma vez que pretende observar nos mesmos sujeitos (Coorte) a evolução do comportamento, durante um período de tempo (cinco meses). Período que estão em internamento a usufruir da aplicação do Modelo Terapêutico *Change & Grow*.

A recolha da informação foi realizada numa primeira fase (1º momento) durante os meses de novembro e dezembro de 2014 e numa segunda fase (2º momento), nos meses de abril, maio e junho de 2015, ou seja, ao fim de 5 meses de tratamento. Antes do preenchimento dos questionários foram obtidos os termos de consentimento informado para participação na pesquisa por parte de todos os pacientes da amostra. Todos os envolvidos responderam voluntariamente depois de serem informados sobre os objetivos deste estudo e de ter sido garantida a total confidencialidade das suas respostas.

### *Procedimento estatístico*

Os procedimentos estatísticos foram realizados com recurso ao *software* SPSS (v.17; SPSS Inc, Chicago, IL).

Considerou-se o nível de significância  $p \leq 0,05$  como indicativo da existência de diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos dois momentos de avaliação. Na comparação dos valores médios das variáveis em estudo foi utilizado o teste *t* de Student para amostras emparelhadas. Para medir a dimensão do efeito (i.e., da magnitude das diferenças encontradas entre os grupos em comparação) calculou-se o  $\text{Eta}^2$  (*Eta squared*) interpretado de acordo com as diretrizes de Cohen (1992).

## Resultados

No sentido de verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas, entre o primeiro e o segundo momento de avaliação, ou seja, para comparar o mesmo grupo em dois momentos distintos, procedeu-se ao cálculo do teste *t* de Student para amostras emparelhadas.

Com efeito, foram verificadas diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) em todas as variáveis, com exceção das memórias de experiências precoces adversas (ELES) e do fator planeamento, da escala da impulsividade (BIS).

As diferenças foram no sentido esperado, ou seja, verificando-se um aumento significativo de indicadores positivos e uma diminuição nos valores médios dos indicadores negativos no final do tratamento. Assim, verificaram-se médias mais baixas nos indicadores da psicopatologia, nomeadamente na depressão ( $M = 4,47$ ;  $t_{(31)} = 3,22$ ;  $p = 0,003$ ), na ansiedade ( $M = 3,00$ ;  $t_{(31)} = 3,40$ ;  $p = 0,002$ ) e no *stress* ( $M = 6,03$ ;  $t_{(31)} = 4,18$ ;  $p = < 0,001$ ). Verificou-se um aumento do afeto positivo ( $t_{(31)} = -3,57$ ;  $p = 0,001$ ) ao contrário do afeto negativo que revelou uma diminuição dos seus valores ( $t_{(31)} = 4,43$ ;  $p = < 0,001$ ).

Quanto aos estados psicológicos todos os componentes, também, se revelaram no sentido esperado. No que concerne à agressividade, embora as médias aumentassem, o grau de agressividade diminuiu significativamente uma vez que esta escala tem uma cotação inversa, quanto maior a cotação menor é a agressividade. O mesmo aconteceu com todos os fatores desta escala, verificando-se uma diminuição nos valores médios da raiva ( $t_{(31)} = -4,30$ ;  $p = < 0,001$ ), da agressividade física ( $t_{(31)} = -3,92$ ;  $p = < 0,001$ ), da hostilidade ( $t_{(31)} = -5,19$ ;  $p = < 0,001$ ) e da agressividade verbal ( $t_{(31)} = -2,27$ ;  $p = 0,030$ ), obtendo-se um total de  $t_{(31)} = -5,69$ ;  $p = < 0,001$ . No que diz respeito à impulsividade apenas o fator atencional ( $t_{(31)} = 2,11$ ;  $p = 0,043$ ) e o fator motor ( $t_{(31)} = 3,17$ ;  $p = 0,003$ ) revelaram diferenças estatisticamente significativas do primeiro para o segundo momento de avaliação. Pelo contrário, o fator planeamento não revelou qualquer diferença significativa ( $t_{(31)} = 2,84$ ;  $p = 0,008$ ).

Quanto à análise dos processos psicológicos: respostas ruminativas e *mindfulness* as diferenças foram significativas. No fator cismar, do pensamento ruminativo perante o humor depressivo, a média desceu significativamente ( $t_{(31)} = 3,96$ ;  $p = < 0,001$ ); no fator reflexivo a diferença entre os valores medidos está no limiar da significância ( $t_{(31)} = 2,49$ ;  $p = 0,057$ ). No que diz respeito ao *mindfulness*, embora a média tenha diminuído no segundo momento, o agir com consciência aumentou significativamente ( $t_{(31)} = 3,07$ ;  $p = 0,004$ ), uma vez que esta escala tem uma cotação inversa, quanto maior a cotação menor o agir com consciência.



**Tabela 3****Diferenças entre os dois momentos de avaliação**

	1º Momento		2º Momento		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>eta</i> <sup>2</sup>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Depressão	8,31	5,72	4,47	4,76	3,22	0,003	0,25
Ansiedade	7,06	5,71	3,00	3,60	3,40	0,002	0,27
Stress	10,63	4,88	6,03	4,31	4,18	<0,001	0,36
Afeto Positivo	26,38	7,54	33,25	8,23	-3,57	0,001	0,29
Afeto Negativo	26,91	9,95	17,75	7,94	4,43	<0,001	0,38
Total das memórias de experiências precoces	37,38	9,94	34,22	6,45	1,78	NS	
Desvalorização	9,38	3,04	8,53	3,15	1,69	NS	
Submissão	15,09	4,74	13,59	3,64	2,02	NS	
Ameaça	12,91	4,95	12,09	3,70	0,84	NS	
Total da agressividade	87,88	15,07	103,72	18,00	-5,69	<0,001	0,51
Raiva	20,19	4,62	24,66	5,33	-4,30	<0,001	0,37
Física	30,72	8,13	34,88	7,07	-3,92	<0,001	0,33
Hostilidade	22,81	6,66	28,94	6,32	-5,19	<0,001	0,46
Verbal	14,16	3,43	15,25	3,54	-2,27	0,030	0,14
Total da impulsividade	72,66	8,56	67,16	10,93	2,84	0,008	0,20
Atencional	18,50	3,50	16,75	3,72	2,11	0,043	0,12
Motor	24,78	3,57	22,34	5,22	3,17	0,003	0,24
Planeamento	29,38	4,72	28,06	4,53	1,78	NS	
Cismar	13,25	3,32	10,88	3,51	3,96	<0,001	0,33
Reflexivo	9,94	2,75	9,00	2,49	1,97	NS	
Mindfulness - Agir com Consciência	6,34	12,18	38,84	15,16	3,07	0,004	0,23

Para a interpretação do valor  $Eta^2$  (*Eta squared*) foram utilizadas as diretrizes de Cohen (1992), considerando-se um valor de 0,01 como indicador de um efeito pequeno, 0,06 como indicador de um efeito moderado e 0,14 como indicador de um amplo efeito.

De acordo com esta classificação verifica-se que os tamanhos dos efeitos estão entre o efeito moderado e o amplo.

## Discussão

O propósito deste estudo consistiu em analisar a evolução dos pacientes, com perturbações relacionadas com substâncias e perturbações aditivas, a nível emocional e comportamental depois do tratamento com o Modelo Terapêutico *Change & Grow*. Para este efeito foi utilizado um protocolo de avaliação constituído por um questionário sociodemográfico e questionários fidedignos para avaliar a sintomatologia psicopatológica e estados emocionais (DASS e PANAS), as memórias precoces negativas (ELES), a agressividade (AQ), a impulsividade (BIS), as respostas ruminativas (RRS-10) e agir com consciência/*mindfulness* (MASS).

Os resultados obtidos permitem-nos verificar que há diferenças significativas do primeiro para o segundo momento de avaliação, ou seja, do início para o fim do tratamento o que nos permitiu validar todas as nossas hipóteses de estudo: com o tratamento verificaram-se melhoras significativas ao nível da sintomatologia psicopatológica, nomeadamente menos sintomas depressivos, ansiosos e associados ao *stress*; verificou-se diminuição do afeto negativo e aumento do afeto positivo, bem como decréscimo de comportamentos agressivos e impulsivos; registaram-se alterações ao nível da agressividade temperamental e impulsividade.

Para tentar compreender estes resultados, hipotetizamos que algumas componentes do programa poderão ter contribuído para a evolução positiva dos pacientes. Neste contexto vamos analisar algumas das referidas componentes: terapia de grupo, terapia individual e trabalhos individuais realizados pelos pacientes.

Na terapia de grupo os pacientes podem desenvolver a aprendizagem social, é mais fácil ver nos outros o que não se consegue reconhecer em si próprio, é o estar aberto a nova informação, é possível observar como o outro expressa uma ideia ou tenta solucionar um problema, o paciente é um agente de sua própria mudança. Neste contexto o terapeuta auxilia e promove a mudança, ajudando o paciente a mobilizar e utilizar, de modo eficaz, os seus próprios recursos.

A interação é particularmente realizada entre os participantes através de partilhas, identificações, confrontações e ouvindo de forma empática informações, ideias, interpretações, apoio, feedback, conselhos, sugestões de estratégias e procedimentos. Os temas escolhidos estão relacionados com as suas vivências disfuncionais, as suas emoções, afetos, dificuldades, angústias, medos, etc. Os pacientes encontram a oportunidade de explorar o que eles próprios, geralmente e em condições normais, não analisariam. Desta

forma, têm a possibilidade de dividir experiências com o grupo e ouvir outras pessoas que passam por problemas e situações semelhantes. Encontram, deste modo, auxílio entre si, ficando implícito que qualquer um se pode manifestar, permitindo-se a espontaneidade dos participantes. Os pacientes constataam que as suas vivências e comportamentos não são muito diferentes das dos outros, o que lhes permite deixarem de se sentirem sozinhos, superarem as suas resistências, aumentando a aceitação de si e compreendendo melhor os seus sentimentos. No decorrer deste processo há a possibilidade de reajustar os seus conceitos e de se libertarem do modo distorcido de se relacionarem com os outros, reduzindo, conseqüentemente o isolamento social, a agressividade, a impulsividade, o cismar que reflete passividade e não leva à resolução de problemas, diminuindo sentimentos egocêntricos de separação, permitindo o aumento da autoconsciência e autoconfiança.

Os pacientes sentem-se estimulados não somente pelos seus progressos, mas, também, pela observação da melhoria obtida pelos outros. À medida que cada um estabelece uma comunicação com o grupo, torna-se capaz de observar os seus próprios padrões de comportamento em relação aos outros e modificá-los, pelo que, ocorre uma influência mútua e continua entre os membros, por meio de vários estímulos e isso gera novos consensos e comportamentos.

Ao nível da terapia individual trabalha-se a forma como cada um observa e avalia as suas vivências, uma mesma situação pode, portanto, desencadear diferentes emoções (tristeza, raiva, ansiedade, etc), dependendo das crenças de cada um. Neste sentido, em terapia individual é feita a reestruturação cognitiva dotando cada paciente de estratégias cognitivas para perceber e responder ao real de forma mais funcional. Por exemplo, através do registo de pensamentos automáticos negativos, os pacientes são incentivados a descobrir pensamentos alternativos mais funcionais. Desta forma os pacientes são convidados a responder aos seus pensamentos de um modo mais realista e adaptativo, diminuindo sintomas como a depressão (uma visão negativa de si, dos outros e do mundo) e a ansiedade (visão negativa dos acontecimentos).

Com a realização de sessões de meditação, de relaxamento e de *mindfulness* é possível ajudar o paciente a focar intencionalmente a sua atenção na vivência imediata, apreciar as sensações concretas do seu corpo, sem julgamentos e sem elaboração cognitiva, tentando estar realmente presentes no momento. Foi sempre sugerido trabalhar o aqui e agora, de modo a que cada um se permitisse agir em consciência, começasse a prestar atenção ao que se passava à sua volta de uma forma intencional, ao momento presente, de forma clara e

equilibrada, de modo a que não fossem ignorados ou exacerbados os aspetos negativos do Eu e da sua vida, sem recorrer a julgamentos de valor, estar *mindful* e assim diminuir a componente cismar, componente mal-adaptativa da ruminação, pois esta remete à passividade e associa-se à sintomatologia depressiva. Pelo contrário, podem desenvolver sentimentos de compreensão e aceitação para consigo próprios, de forma a não ficarem presos aos problemas e a permanecerem mais tempo nas atividades, diminuindo a agressividade como defesa contra sentimentos desagradáveis e vivenciados como insuportáveis.

No que se refere às atividades e tarefas realizadas, estas foram, essencialmente, de leitura de folhetos e posterior realização de trabalhos escritos sobre temas como: enfrentar o medo, o dom da aceitação, a magia da gratidão, o valor da autoestima, história de vida, estratégias de positividade, assertividade, os 12 passos, as 12 promessas e os cinco princípios (Verdade, Aceitação, Gratidão, Amor e Responsabilidade). Este tipo de atividade implica uma ação prática, ao incluir uma atitude de produção escrita por parte do paciente, por exemplo: uma reflexão crítica, uma preparação de palestra ou outros exercícios práticos, o que permite estimular competências como o autoconhecimento, a capacidade de organização das ideias, a capacidade de resolução de problemas e de escolhas.

Como limitação neste estudo considerámos que a diferença obtida, nos dois momentos de avaliação, pode não ser devida apenas à Intervenção, pois muitas vezes existem fatores de contaminação, por isso é que se usam grupos de Controlo, não expostos à intervenção mas com características semelhantes às do Grupo em estudo. Uma vez que este estudo não teve nenhum grupo de controlo, isto é uma das limitações apontadas que tem necessariamente de ser apontada.

O facto de a amostra não ser maior foi outro dos constrangimentos sentidos na elaboração deste estudo, mas foram os pacientes que reuniram os critérios para fazer parte da amostra, numa Comunidade Terapêutica que, em média, tem quarenta pacientes em internamento. Apontamos ainda como limitação a questão dos pacientes se encontrarem em fases distintas do tratamento (entre o primeiro e o terceiro mês) no momento da primeira avaliação, o que deve em estudos futuros ser controlado.

Considerámos, também, poder ter existido por parte dos pacientes na resposta ao protocolo de avaliação alguma vontade de corresponderem às expectativas, pelo que pode estar presente a questão de alguma desejabilidade social. Neste sentido, considera-se importante a realização de estudos posteriores no sentido de reavaliarem este estudo, nesta e noutras comunidades similares.

## **Conclusão**

Não obstante as limitações apontadas ao desenho da investigação não permitirem um verdadeiro estudo de eficácia do programa terapêutico *Change & Grow*, os dados obtidos na nossa amostra sugerem resultados muito promissores relativamente à mudança terapêutica alcançada. Uma possível explicação para estes resultados prende-se com a própria natureza do programa da Comunidade Terapêutica VillaRamadas, o qual não se restringe à abstinência de substâncias, mas procura alcançar um propósito mais amplo ao desenvolver o paciente a nível biopsicossocial, com o intuito deste alterar comportamentos e atitudes. Salienta-se que se trata de um programa de intervenção eclético, que inclui terapia de grupo e terapia individual, com recurso a diferentes estratégias vivenciais e emocionais; realização de sessões de meditação, de relaxamento e de *mindfulness* e desenvolvimento de atividades e tarefas de leitura e escrita, que poderão ter contribuído seguramente para os bons resultados encontrados neste estudo.

“Juntos conseguimos aquilo que sozinhos não somos capazes”

Autor desconhecido

## Bibliografia

- Almeida, L., & Freire, T. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. (5ª Edição). Braga. Psiquilíbrios Edições.
- Amaral, V., Castilho, P. & Gouveia, P. (2010). A contribuição do autocrítico e da ruminação para o afecto negativo. *Psychologica*, 52, Vol. II, 271-292.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual de Diagnóstico e estatística das Perturbações Mentais – DSM-5*. Quinta Edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- Brown, W., Ryan, M., & Creswell, D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundation and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18(4), 211-237.
- Buss, A. H., & Perry, M. P. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 452-459.
- Cohen, J. (1992). *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. Hillsdale, N. J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Dinis, A., Gouveia, P., Duarte, C. & Castro, T. (2011). Estudo de validação da versão portuguesa da Escala de Respostas Ruminativas – Versão Reduzida. *Psychologica. Avaliação Psicológica em Contexto Clínico*, 54, 175-201.
- Ferreira, J. (2001). Serviço social e toxicodependência. *Revista toxicodependências*, 7, nº 2, 51-58.
- Galinha, I. & Ribeiro, J. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II – Abordagem teórica ao conceito de afeto. *Análise Psicológica*, 2 (XXIII): 209-218.
- Galinha, I. & Ribeiro, J. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II – Estudo psicométrico. *Análise Psicológica*, 2 (XXIII): 219-227.
- Harris, A. (1995). Confirmatory factor analysis of the aggression questionnaire. *Behavior Research and Therapy*, 33, 991-993.
- Gilbert, P., Cheung, M. S.-P., Grandfield, T., Campey, F., & Irons, C. (2003). Recall of Threat and Submissiveness in Childhood: Development of a New Scale and its Relationship with Depression, Social Comparison and Shame. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 108-115.

- Gregório, S. & Gouveia, P. (2011). Facetas de mindfulness: caraterísticas psicométricas de um instrumento de avaliação. *Psychologica. Avaliação Psicológica em Contexto Clínico*, 54, 259-280.
- Kabat-Zinn J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness Meditation in Everyday Life*. Hyperion, New York.
- Leon, G. (2003). *A comunidade terapêutica*. São Paulo: Loyola.
- Lovibond, P., & Lovibond, H. (1995). The structure of negative emotional states: comparison the depression anxiety stress scales (DASS) with Beck depressive and anxiety inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 3, 335 – 343.
- Maia, Â., Guimarães, C., Carvalho, C., Capitão, L., Carvalho, S., & Capela, S. (2007). Maus-tratos na infância, psicopatologia e satisfação com a vida: um estudo com jovens portugueses.
- Medeiros, T., Patrício, L., & Dinis, R. (2013). *Aditologia: prevenção e intervenções*. Ponta Delgada: Letras Lavadas.
- Moeller, G., Barratt, S., Dougherty, M., Schmitz M., & Swann, C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *The American Journal of Psychiatry*, 158, 1783-1793.
- Nunes, L. & Jóluskin, G. (2007). *Drogas e comportamentos de adição: um manual para estudantes e profissionais de saúde*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Organização Mundial de Saúde. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Organização Mundial da Saúde (2001). Transtornos devido ao uso de substâncias. Em Organização Pan-Americana da Saúde & Organização Mundial da Saúde (Orgs.). *Relatório sobre a saúde no mundo. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança* (58-61). Brasília: Gráfica Brasil.
- Papalia, D. E., Olds, S. W. & Feldman, R. D. (2001). *O Mundo da criança*. Lisboa: McGraw Hill.
- Patton, H., Stanford, S., & Barratt, S. (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51 (6), 768-774.
- Pratta, E. & Santos M. (2009). O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Vol. 25, 203-211.
- Raposo, V. (2013). Abordagem Cognitivocomportamental das perturbações pelo uso de substâncias. *Aditologia Prevenção e Recaída*. Ponta Delgada: Letras Lavadas, 165-199.

- Ribeiro, J., Honrado, A. & Leal, I., (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (2), 229-239.
- Shapiro, S., Carlson, L., Astin, A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 373-386.
- Silva, E. (2012). *Change & Grow – 12 Promessas e 12 Passos*. Leiria.
- Teixeira, R., & Pereira, M. G. (2009). Promoção da saúde na doença oncológica: Intervenção de redução do stress baseada no mindfulness. *Psychologica*, (50), 253-275.
- Toscano, A. (2001). Um breve histórico sobre o uso de drogas. Em S. Seibel & A. Toscano Jr. (Eds.). *Dependência de drogas* (pp. 7-23). São Paulo: Atheneu.
- Treynor, W., Gonzalez, R. & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: a psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 247-259.
- Vieira, C. (2007). A Comunidade Terapêutica: da Integração à Reinserção. *Revista Toxicodependências. IDT. Volume 3*. 15-22.
- Zanelatto, N., Laranjeira, R. (2013). *O Tratamento da Dependência Química e as Terapias Cognitivo-Comportamentais*. Porto Alegre: Artemed.
- <http://www.villaramadas.com/>